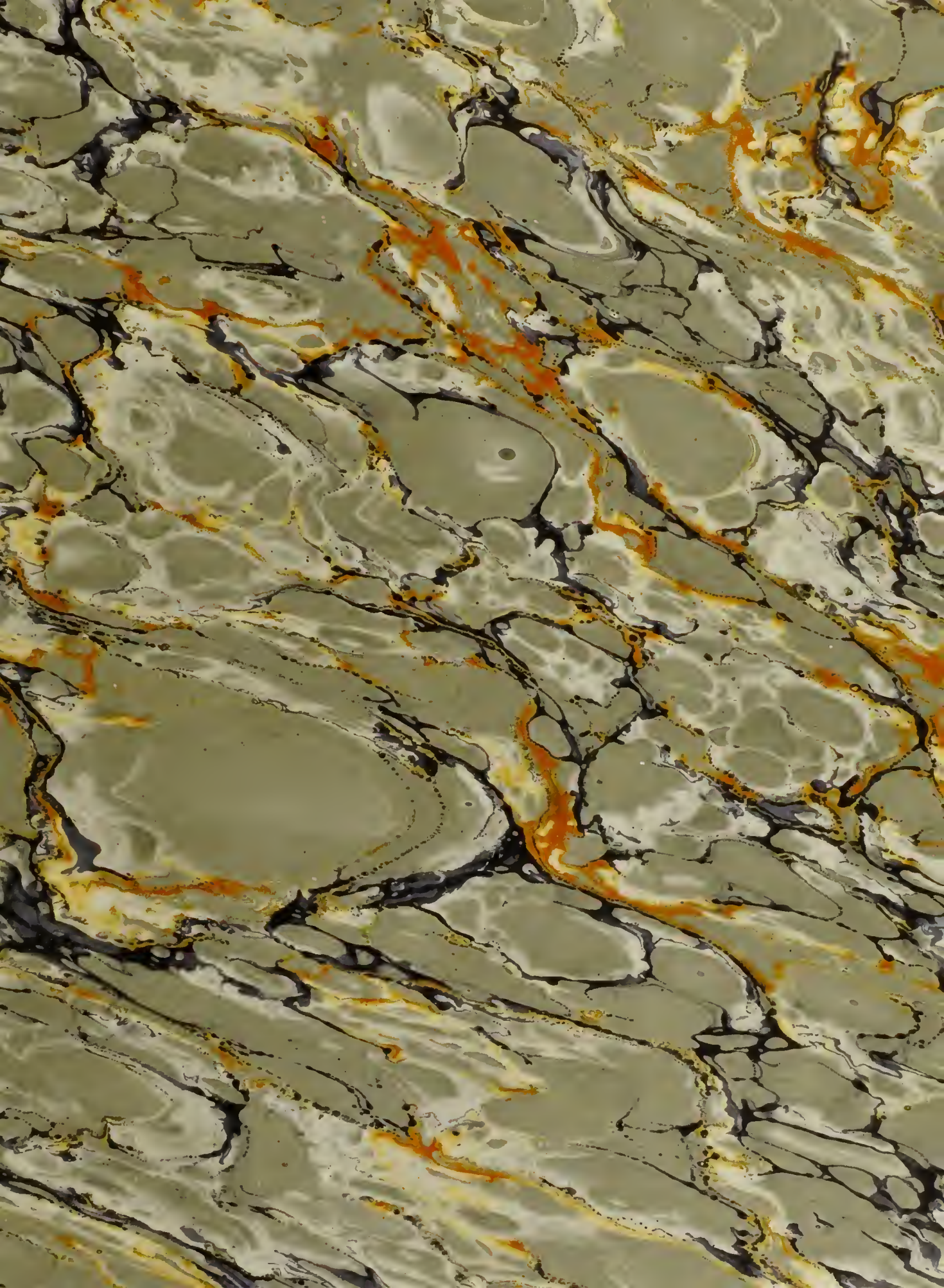


Digitized by the Internet Archive
in 2016 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b28739176

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 3 *mai* 1838,

Par LOUIS CAZALAS, de Laborde
(Hautes-Pyrénées),
Chirurgien à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET C°,
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1838.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Président. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générale	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	.....
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD, Examinateur. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BÉRARD (AUGUSTE).
BOUCHARDAT.
BOYER (PHILIPPE).
BROUSSAIS (C.).
BUSSY.
DALMAS.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GUÉRARD, Examinateur.
GUILLOT.
MM. JOBERT.
LAUGIER.
LESUEUR.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
REQUIN.
ROBERT, Examinateur.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ell n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE.

Amitié sincère.

A MES PARENTS.

A MON AMI LE DOCTEUR JULIA.

L. CAZALAS.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I. — Comment reconnaître l'acide chlorhydrique mélangé avec les matières des vomissements?

II. — Quels sont les rapports des glandes salivaires avec les objets environnants?

III. — Dans quels cas, et comment se pratique la résection de l'extrémité inférieure de la jambe?

IV. — Qu'est-ce que le lupus? Faire connaître ses causes, son siége et son traitement. Établir les caractères généraux qui constituent ses variétés.

I.

Comment reconnaître l'acide chlorhydrique mélangé avec les matières des vomissements?

L'acide chlorhydrique est aussi rarement employé par les malheureux qui veulent se suicider, que par celui qui cherche à détruire son semblable; mais, comme il est généralement connu et à la portée de tout le monde, l'empoisonnement qu'il peut produire a paru assez intéressant pour le proposer comme sujet de thèse; cette question m'ayant été dévolue par le sort, je me crois obligé, avant de la résoudre, de passer en revue les propriétés qui, dans toutes les circonstan-

ces, peuvent faire reconnaître la présence de cet acide, et comme c'est toujours en dissolution dans l'eau qu'on le rencontre, tant dans les laboratoires que dans le commerce, ce sont ses propriétés à l'état liquide que je vais énumérer.

L'acide chlorhydrique pur est incolore (celui du commerce n'étant jamais pur a une couleur jaune, verte ou rougeâtre), d'une odeur piquante et d'une saveur acide très-caustique; il rougit fortement la teinture de tournesol, répand, lorsqu'on l'expose à l'air, des vapeurs plus ou moins épaisses, suivant son état de concentration. Saturé à 23°, sa pesanteur spécifique est de 1,208. Soumis à l'action du calorique dans un appareil distillatoire, il entre promptement en ébullition, laisse dégager une grande quantité de gaz, s'affaiblit jusqu'à une certaine époque au delà de laquelle la distillation a lieu sans laisser de résidu dans la cornue. Il précipite les sels de plomb de leurs dissolutions; le précipité est blanc, lourd, soluble dans quarante fois son poids d'eau distillée; versé dans un soluté d'azotate d'argent, il décompose ce sel en se décomposant lui-même, et fait naître aussitôt dans la liqueur un précipité de chlorure d'argent blanc, caillebotté, noircissant par son contact avec la lumière, insoluble, même à chaud, dans l'acide azotique; très-soluble dans l'ammoniaque. Mêlé et chauffé avec du bioxyde de manganèse, il laisse dégager du chlore, facile à reconnaître à sa couleur, son odeur et son action sur la teinture de tournesol.

L'action de l'acide chlorhydrique sur l'économie animale a beaucoup d'analogie avec celle des autres acides forts et concentrés. Mis en contact avec nos tissus, il les irrite et les désorganise; si on l'injecte dans les veines d'un animal, il détermine une mort subite en coagulant le sang; introduit dans l'estomac, il produit en très-peu de temps une inflammation des plus vives, le système nerveux est sympathiquement affecté, et la mort en est la suite ordinaire.

Les expériences faites sur les animaux démontrent la vérité de ce que j'avance. En effet, si l'on fait avaler à des chiens de moyenne taille deux ou trois gros d'acide chlorhydrique fumant, on remarque

qu'ils éprouvent rapidement du malaise; ils s'agitent en tout sens, exhalent par la bouche et par les narines des vapeurs épaisses de gaz chlorhydrique; bientôt ils vomissent des matières brunes, verdâtres, filantes, comme bilieuses, d'une saveur franchement acide, et rougissant le papier de tournesol; ils poussent des cris plaintifs, et la mort arrive quatre, six ou huit heures après l'ingestion du poison. La mort est presque toujours précédée de mouvements convulsifs très-violents; la tête est quelquefois renversée en arrière, et forme avec l'épine une courbure très-marquée. A l'autopsie, on trouve une altération profonde des tissus de l'estomac; tantôt la membrane muqueuse est enflammée, d'un rouge cerise dans toute son étendue; tantôt elle présente des taches noires ou d'un rouge très-foncé, qui sont de véritables escarres; tantôt enfin les quatre membranes de l'estomac sont perforées, et alors on trouve des matières épanchées dans l'abdomen.

Pour mieux caractériser les effets produits par l'acide chlorhydrique, je crois devoir reproduire ici une observation communiquée à M. Orfila par M. Serres. « Un homme entra à l'Hôtel-Dieu, le 12 juillet 1805, pour y être traité d'une congestion cérébrale. Le 14, au soir, agitation très-grande, peau brûlante et aride, pouls petit et concentré, langue d'un rouge de feu, lèvres noirâtres, hoquets, efforts pour vomir, douleurs à l'épigastre extrêmement vives. M. Serres apprit qu'on lui avait fait avaler une once et demie d'acide chlorhydrique, croyant lui donner du petit-lait. La nuit, vomissement de matières jaunes acides. Le 15, peau froide et gluante, épigastralgie violente, pouls extrêmement fréquent, délire continuel; mort à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. — Lèvres noires, langue brune, épaissie, dure et sèche; pharynx et œsophage d'un rouge pourpre, excoriés en deux ou trois endroits; estomac épaissi et enflammé à l'extérieur; à l'intérieur, la muqueuse se détachant en lambeaux avec la plus grande facilité dans presque toute son étendue, et offrant dans son cul-de-sac des taches gangréneuses; le duodénum également épaissi et opaque; la pie-mère très-injectée; l'arachnoïde épaissie et opaque; le tissu de l'encéphale

injecté; les ventricules et les circonvolutions distendues par de la sérosité.

En cherchant maintenant à établir la valeur relative des réactifs dont j'ai parlé, et quel est celui d'entre eux auquel on doit recourir de préférence! il est facile de prévoir que c'est l'azotate d'argent qui est, de tous, le plus sensible; il peut, en effet, faire découvrir des quantités excessivement minimes d'acide chlorhydrique. Mais dès à présent je dois annoncer que l'expert doit se mettre en garde contre des difficultés qui pourraient, dans quelques circonstances, le plonger dans une grave erreur, dont les résultats pourraient être fâcheux, non-seulement pour l'accusé, mais encore pour lui-même. En effet, il ne suffit pas d'obtenir un précipité blanc, caillebotté, insoluble dans l'acide azotique, et soluble dans l'ammoniaque, pour avancer qu'il y a eu empoisonnement par l'acide chlorhydrique, car un semblable précipité peut être fourni par l'acide cyanhydrique et tous les liquides tenant en dissolution un chlorure quelconque. Mais si le précipité est dû à la présence de l'acide cyanhydrique, il ne change pas de couleur, et peut se dissoudre dans l'acide azotique à l'aide de la chaleur. S'il est produit par la présence d'un chlorure en dissolution dans le liquide à examiner, rien ne pourrait donner la certitude de l'existence de l'acide libre dans la liqueur: il faut donc recourir à une opération préalable, qui consiste à distiller les matières que l'on veut analyser, et opérer ensuite sur le produit de la distillation. Ici peut se présenter une autre difficulté, dont il faut se méfier également; il est des chlorures qui sont volatils et vénéneux en même temps; le bichlorure de mercure, par exemple, en dissolution dans l'eau, et soumis à l'action du calorique dans une cornue, passe à la distillation avec le liquide; ainsi, dans cette circonstance, on pourrait croire que le précipité, développé par le sel d'argent dans le produit distillé, ne peut être obtenu que par l'acide chlorhydrique, tandis que l'empoisonnement serait le résultat de l'emploi du sel mercuriel. On évitera une semblable erreur en s'assurant d'abord de la réaction acide, neutre ou alcaline du liquide, et puis de

l'absence de tout métal qui peut former avec le chlore des chlorures volatils.

Maintenant que j'ai fait connaître les propriétés de l'acide chlorhydrique, exposé les difficultés que l'on peut rencontrer dans tous les cas où l'on est appelé pour en déceler la présence, et le moyen de les éviter, il ne me reste plus, pour terminer cette question, qu'à vérifier, par une opération pratique, les réactions prévues et annoncées par la théorie.

Pour obtenir ce résultat, les matières des vomissements étant données, il faut commencer par en examiner les propriétés physiques (couleur, odeur et saveur), en constater la réaction, et les distiller ensuite. A cet effet, M. Orfila conseille d'introduire le liquide dans une cornue que l'on fait communiquer, au moyen d'un tube, avec un flacon contenant une petite quantité d'eau distillée; par l'action de la chaleur, l'acide passe à la distillation, se dissout dans l'eau du récipient, dans laquelle il est facile d'en démontrer la présence par l'azotate d'argent.

M. Christison ayant observé que l'acide chlorhydrique est loin d'être aussi volatil que semble l'annoncer M. Orfila, et n'ayant pu, dans quelques circonstances, malgré sa présence dans les matières animales, l'obtenir dans le récipient, conseille, pour prévenir cet inconvénient, de placer la cornue dans un bain-marie fait avec parties égales d'eau et de chlorure de calcium, ce qui donne une température de 240° au terme de l'ébullition.

Il est rare que, par ces moyens, on ne parvienne à volatiliser l'acide. Si cependant ces essais étaient sans résultats, il faudrait faire bouillir les matières restées dans la cornue, filtrer, essayer par le papier de tournesol et traiter par l'azotate d'argent. Cette opération n'est pas inutile dans le cas même où l'on aurait déjà obtenu des résultats positifs; par ce moyen, en effet, on peut enlever aux matières une certaine quantité d'acide qui avait échappé à la distillation, et pour constater plus exactement la quantité de chlorure formé, on doit faire bouillir

le précipité dans l'acide azotique pour détruire les matières animales qu'il aurait pu entraîner. Dans cette circonstance, on ne pourrait pas conclure à l'existence de l'acide chlorhydrique; on devrait se borner à indiquer l'abondance du précipité coïncidant, ou non, avec les altérations pathologiques.

Lorsqu'on est parvenu à démontrer, d'une manière bien évidente, la présence de l'acide chlorhydrique dans les matières des vomissements, une nouvelle difficulté se présente. Tous les chimistes savent aujourd'hui que cet acide existe naturellement dans l'estomac, que c'est surtout pendant l'accumulation des aliments dans cet organe que sa formation a lieu, mais que la quantité que l'on y rencontre est toujours extrêmement petite. Il s'agit donc de pouvoir distinguer si l'acide chlorhydrique s'y est formé naturellement, ou s'il est le résultat d'un empoisonnement. Pour résoudre cette question, il faut avoir égard non-seulement aux propriétés du précipité obtenu, mais encore à sa quantité coïncidant avec les symptômes et les lésions anatomiques que l'on aura pu constater.

II.

Quels sont les rapports des glandes salivaires avec les objets environnants?

Les organes sécréteurs de la salive, au nombre de six, symétriquement disposés, trois de chaque côté de la cavité buccale, constituent une espèce de chaîne, étendue le long des branches et du corps de la mâchoire inférieure. D'après leur situation, ces organes ont reçu les noms de *glandes parotide, sous-maxillaire* et *sublinguale.* La communication de ces glandes entre elles, admise par quelques anatomistes, n'est qu'apparente. M. Cruveilhier a démontré déjà depuis longtemps que la parotide est toujours séparée de la sous-maxillaire par une cloison fibreuse, et j'ai eu occasion de vérifier sur un grand nombre de sujets l'exactitude de l'assertion de ce savant professeur. Ces

glandes, occupant des espaces différents, je vais successivement indiquer les rapports de chacune d'elles, suivant l'ordre dans lequel elles ont été énumérées.

Parotide.

Les rapports de cette glande sont nombreux et de la plus haute importance en anatomie chirurgicale, à cause des opérations que l'on pratique dans la région qu'elle occupe, ou sur son tissu propre. D'une forme pyramidale, à base tournée en dehors, cette glande remplit l'excavation parotidienne : elle est bornée, *en avant,* par le bord postérieur de la branche de la mâchoire ; *en arrière,* par le conduit auditif externe et l'apophyse mastoïde ; *en haut,* par l'arcade zygomatique; *en bas,* par l'angle du maxillaire inférieur; *en dedans*, par l'apophyse styloïde et les muscles qui s'y attachent; *en dehors*, par la peau.

Sa face antérieure est comme creusée en gouttière, pour recevoir le bord postérieur de la branche de l'os maxillaire. Une synoviale, ou un tissu cellulaire membraneux qui en tient lieu, favorise le glissement de l'os sur la glande : elle est en rapport de haut en bas, 1° avec l'artère et la veine temporale superficielle; 2° avec le nerf facial, qui croise les vaisseaux vis-à-vis le col du condyle; 3° l'artère transversale de la face; 4° plusieurs veines assez volumineuses qui se ramifient dans son tissu; 5° la branche cervico-faciale de la septième paire; 6° enfin, elle répond au muscle ptérygoïdien interne, à la fin du ligament stylo-maxillaire et au muscle masséter, sur la face duquel elle se prolonge plus ou moins, suivant les sujets.

Par sa face postérieure, elle est fixée d'une manière assez solide, de haut en bas, 1° à la partie cartilagineuse du conduit auditif externe; 2° à l'apophyse mastoïde; 3° au muscle sterno-cléido-mastoïdien; elle répond en outre au muscle digastrique, à l'artère auriculaire postérieure, et plus immédiatement, à l'apophyse transverse de l'atlas.

En haut, elle répond à l'arcade zygomatique et à l'articulation temporo-maxillaire.

En bas, elle mesure l'espace qui sépare l'angle de la mâchoire du muscle sterno-mastoïdien; elle avoisine la glande sous-maxillaire, dont elle est séparée par l'aponévrose dont j'ai déjà parlé.

En dedans, elle est réduite à un bord qui repose sur le tronc du nerf facial et les trois petits rameaux qui s'en détachent au moment où il sort du trou stylo-mastoïdien; ensuite elle est moins en rapport avec l'apophyse styloïde, le faisceau musculo-fibreux qui en part; elle envoie un prolongement considérable dans l'espace qui sépare cette apophyse et les muscles styliens du ptérygoïdien interne; elle répond encore au muscle digastrique, un peu plus en avant à l'artère styloïdienne, à beaucoup de rameaux anonymes qui traversent les lobules de la glande et s'y perdent sur le tronc même de la carotide externe, en arrière duquel elle envoie un prolongement qui s'étend quelquefois très-loin, et qui, appliqué sur le glosso-pharyngien, la jugulaire et la carotide internes, présenta tant de difficultés à Béclard, lorsqu'il fit, en 1823, l'éradication totale de la parotide. Dans cet endroit, la glande est tellement unie aux vaisseaux, qu'il est presque impossible de l'enlever sans que ceux-ci soient blessés; elle recouvre aussi les artères occipitale et pharyngienne inférieure; mais de tous les rapports de ce bord, le plus important est celui qu'il présente avec la carotide externe, à laquelle il fournit un demi-canal ou un canal complet.

Par sa base, enfin, qui est large, oblongue dans le sens vertical, irrégulièrement quadrilatère et comme découpée dans sa circonférence, elle répond à la peau dont la séparent l'aponévrose parotidienne, le muscle risorius de Santorini, lorsqu'il existe, et une couche de tissu cellulo-graisseux plus ou moins abondante, suivant les sujets.

Outre les rapports extérieurs que je viens d'énumérer, la parotide en présente d'autres avec les vaisseaux et les nerfs qui la traversent à diverses profondeurs (*Rapports intrinsèques* de M. Cruv.); ainsi, 1° la carotide traverse un canal presque toujours complet à son bord interne; 2° les artères temporales, transversales de la face, auriculaire antérieure, qui naissent dans son épaisseur, la traversent en divers sens; 3° la veine temporale, la branche de communication entre les

jugulaires interne et externe, se rencontrent encore dans l'épaisseur de la parotide; 4° le tronc du nerf facial, d'abord placé derrière la glande, s'enfonce immédiatement dans son épaisseur, se divise en deux ou trois branches qui s'y subdivisent et la parcourent en tout sens; 5° le nerf auriculaire du plexus cervical la traverse aussi, mais superficiellement; 6° enfin, la glande parotide renferme dans son épaisseur plusieurs ganglions lymphatiques.

La connaissance de ces rapports nous démontre l'impossibilité presque absolue de l'extirpation de cette glande par l'instrument tranchant, et de sa compression pour la cure des fistules salivaires, suivant la méthode de Desault.

Sous-maxillaire.

Située dans la région sus-hyoïdienne, au côté interne du corps et de la branche de la mâchoire, elle est comme embrassée inférieurement par la concavité du muscle digastrique qu'elle déborde presque toujours. Moins volumineuse que la parotide, oblongue d'arrière en avant, elle est quelquefois divisée en plusieurs lobules par des scissures profondes.

En dedans et en haut, elle est en rapport avec les muscles digastrique, mylo-hyoïdien, hyoglosse, les nerfs glosso-pharyngien et lingual.

En dehors et en bas, elle est logée dans une fossette de l'os maxillaire (fossette de la glande sous-maxillaire); lorsque la tête est renversée en arrière, la glande apparaît en entier dans la région sus-hyoïdienne et répond au peaucier dont elle est séparée par l'aponévrose cervicale; par cette face, la glande sublinguale répond au muscle ptérygoïdien interne et aux ganglions lymphatiques qui longent la base de la mâchoire; très-souvent cette glande envoie un prolongement plus ou moins long au-dessus du muscle mylo-hyoïdien. Quelquefois les grains glanduleux qui le constituent simulent un canal qui marche parallèlement au canal de Warthon; d'autres fois ce prolongement

est considérable, et constitue en quelque sorte une seconde glande maxillaire. L'artère faciale est logée dans un canal presque toujours complet, creusé sur l'extrémité postérieure et dans la partie voisine de sa face externe; quelquefois ce sillon, prolongé en avant, divise la glande en deux lobes inégaux.

Sublinguale.

Située dans la fossette sublinguale du maxillaire inférieur, sur le côté de la symphyse du menton, elle est moins volumineuse que la précédente, avec laquelle elle se continue quelquefois; sa forme est celle d'une olive aplatie. En haut, elle est recouverte immédiatement par la membrane muqueuse de la bouche, au-dessous de laquelle elle fait saillie sur les côtés du frein de la langue; en bas, elle repose sur le muscle mylo-hyoïdien. Sa face interne répond à la muqueuse et au muscle génio-glosse dont la séparent le nerf lingual, la veine ranine et le conduit de Warthon. Sa face externe répond à la muqueuse et à la fossette sublinguale. Son extrémité antérieure est en contact avec celle de la glande du côté opposé. Son extrémité postérieure et son bord inférieur sont embrassés par le nerf lingual, qui leur envoie un grand nombre de filets; cette extrémité envoie un petit prolongement glanduleux qui longe les bords de la langue.

III.

Dans quel cas, et comment se pratique la résection de l'extrémité inférieure de la jambe?

Le volume considérable des os qui forment l'articulation tibio-tarsienne, contrastant avec le peu d'épaisseur des parties molles qui les recouvrent, n'a pas empêché les chirurgiens de tenter la résection de l'extrémité inférieure de la jambe; cette résection a été pratiquée

un grand nombre de fois, et les succès que l'on en a obtenus sont si bien constatés, qu'il n'est plus permis aujourd'hui de révoquer en doute l'utilité de cette opération.

Quoique Hippocrate, dans ses écrits, fasse mention de l'excision des malléoles, Gooch paraît être le premier qui ait cité un cas de guérison après avoir enlevé l'extrémité inférieure du tibia. Depuis, la résection de la jambe dans son extrémité tarsienne a été répétée avec succès par Cooper, Hey, Deschamps, White, Taylor, et plus récemment par Delpech, Moreau père et fils, MM. Josse, Ladent et Roux; enfin mon collègue, le docteur Liandon, m'a raconté qu'en 1828, pendant qu'il remplissait les fonctions d'interne à l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, il a vu pratiquer deux fois cette opération pour des cas de fractures comminutives récentes, avec saillie au dehors des fragments, à travers les plaies des téguments : l'opération fut faite les deux fois par M. Pujos, chirurgien chef interne de cet hôpital; les malades guérirent très-bien, sans accidents généraux; il ne leur resta, pour toute difformité, qu'un raccourcissement du membre, et la claudication, qui en fut le résultat inévitable, devint très-supportable par l'usage d'un soulier plus élevé que celui du côté opposé.

Les cas pour lesquels les chirurgiens se soient jusqu'à ce jour décidés à pratiquer cette résection sont : les fractures, les lésions organiques et les luxations. Ainsi, on peut indiquer *à priori* comme nécessitant cette opération : 1° les fractures de l'extrémité tarsienne de la jambe, lorsque les fragments font saillie à travers les téguments déchirés, si par des débridements convenables et des efforts sagement dirigés, on ne peut parvenir à remettre les parties en contact; 2° lorsque les os sont fracassés et réduits en esquilles par des projectiles lancés par la poudre à canon, si les parties molles ne sont pas trop délabrées pour être obligé de recourir à l'amputation; 3° lorsque la nécrose a détruit une partie de l'extrémité des deux os de la jambe ou du tibia seulement, si l'on n'a pu obtenir la guérison par d'autres moyens sagement combinés, pourvu que la constitution du sujet ne soit pas trop altérée;

4° enfin cette opération a été pratiquée à la suite de luxations compliquées de l'astragale.

Les procédés que l'on peut mettre en usage pour pratiquer cette résection doivent être subordonnés aux genres de lésions qui la nécessitent : lorsqu'elle est la suite d'une fracture avec issue des fragments à travers les téguments déchirés, ordinairement alors l'opération n'a rien de difficile. Deux aides s'emparent, l'un de la jambe au-dessus du mal, et l'autre du pied, pour augmenter la courbure du membre et faire saillir davantage les pointes osseuses; l'opérateur agrandit les plaies s'il est nécessaire, protége les chairs au moyen d'une plaque de carton et fait la section de l'os dénudé avec une scie ordinaire ou toute autre. Mais cette manière d'opérer doit être variable, suivant la situation de la plaie, son étendue, sa direction, la saillie plus ou moins considérable des fragments; aussi est-il très-difficile, pour ne pas dire impossible, de tracer les principes à suivre à cet égard. Le chirurgien doit avoir assez de génie pour pouvoir, lorsqu'il se trouve en présence du malade, inventer un procédé coïncidant avec la forme de la maladie.

Lorsque, au contraire, l'opération est provoquée par une lésion organique des os ou tout autre qui permette au chirurgien de faire le choix d'un procédé, alors dis-je, il y a des principes à suivre et dont on ne peut s'écarter sans commettre une erreur.

Le procédé de Moreau est le plus généralement connu et adopté ; c'est aussi celui que je vais décrire en faisant observer les modifications avantageuses qu'on peut lui faire subir; mais avant d'en exposer le manuel opératoire, je crois qu'il est indispensable d'indiquer quelques circonstances relatives aux aides, à l'appareil nécessaire et au malade lui-même.

1° L'appareil doit être composé de bistouris droits et convexes, de couteaux, de ciseaux, de tenailles incisives, d'une scie en crête de coq, de la scie à chaînons du docteur Geffrey, de plaques de carton, de fils cirés, des pinces à ligatures, d'éponges, de bandelettes aggluti-

natives, de charpie, de compresses, de bandes, d'eau, de vin et de vinaigre.

2° Trois aides suffisent pour cette opération : l'un sera chargé de soutenir le membre au-dessus de l'endroit où doit commencer l'incision ; l'autre soutiendra le pied dans une position convenable ; le troisième enfin présentera à l'opérateur les instruments qui lui seront demandés.

3° Lorsque la maladie permet de temporiser, il faut préparer le malade à l'opération et à ses suites par une diète plus ou moins sévère, selon les circonstances ; l'usage de tisanes rafraîchissantes, la saignée, si les forces le permettent ; enfin par les laxatifs, soit en boissons, soit en lavements. Si l'opération est d'urgence, au contraire, il faut la pratiquer dès qu'on en peut saisir le moment, sans avoir égard aux soins que je viens d'indiquer.

Tout étant préalablement disposé, et le malade couché sur un lit muni d'alèzes, Moreau conseille de faire deux incisions de chaque côté de la jambe ; l'une qui s'étend du sommet de la malléole à trois à quatre pouces au-dessus, l'autre qui commence au même point et se porte transversalement en avant, jusqu'au tendon du péronier antérieur pour le côté externe, ou le jambier antérieur pour le côté interne. Les incisions longitudinales doivent pénétrer jusqu'à l'os, tandis que les autres ne doivent intéresser que la peau. On doit commencer par la dissection du lambeau externe, pour dégager le péroné des tendons qui l'entourent, en faire la section avec le ciseau ou une scie en crête de coq, au-dessus du mal, et le désarticuler de haut en bas, en divisant les faisceaux fibreux qui l'unissent au tibia, à l'astragale et au calcanéum. Le péroné étant enlevé, on procède de la même manière pour isoler le tibia des parties molles, en faire la section et ensuite la désarticulation.

Si l'astragale était malade lui-même, il faudrait l'enlever comme l'a fait M. Moreau fils.

Après l'opération, on doit rapprocher le pied de l'extrémité inférieure

de la jambe, le maintenir dans cette position par des bandelettes agglutinatives et des bandages convenables.

Les organes à ménager pendant l'opération sont : les artères tibiale antérieure et postérieure, les tendons des extenseurs, des fléchisseurs, des jambiers antérieur et postérieur, et des péroniers antérieur et latéraux.

M. Roux a modifié le procédé de Moreau en se servant d'une compresse qu'il fait passer dans l'espace inter-osseux, circonstance qui permet de scier, sans crainte, le péroné d'abord, et ensuite le tibia, après avoir ramené la compresse entre cet os et les parties molles.

M. Velpeau conseille, avec raison, de se servir de la scie du docteur Geffrey au lieu de la scie en crête-de coq; comme lui, je pense que son emploi est plus convenable dans cette résection que dans toute autre; je me suis assuré par expérience, sur les cadavres, qu'avec cette scie l'opération est beaucoup plus prompte et plus facile, aussi, à cet égard, j'adopte complétement l'opinion de M. Velpeau.

IV.

Qu'est-ce que le lupus? Faire connaître ses causes, son siége et son traitement. Etablir les caractères généraux qui constituent ses variétés.

Lorsqu'une maladie se présente fréquemment et qu'elle devient la source d'accidents graves et nombreux, il semble que les langues deviennent plus expressives pour la désigner; l'horreur qu'elle inspire donne plus d'énergie aux descriptions que l'on en retrace et reçoit une foule de dénominations différentes. Chaque auteur, en effet, plutôt par un but spéculatif que pour rendre un véritable service à la science, cherche à lui créer un nom nouveau plus ou moins bizarre, qui peint souvent avec force l'étendue et l'intensité de ses ravages.

Le lupus, dont je dois tracer l'histoire, se trouve dans cette catégorie : en effet, existe-t-il dans toute la pathologie une maladie pour laquelle autant de noms aient été imaginés et qui expriment avec autant d'énergie les désordres qui en sont toujours la suite; ces noms, quoique très-nombreux, je vais essayer de les énumérer.

Paracelse est le premier qui ait employé le nom de *lupus;* Sennert, Willan et Batteman, MM. Biett, Rayer, Cazenave et Schedel, lui ont conservé la même dénomination ; le lupus est l'*esthiomène* d'Alibert, le *formica* de Zacutus Lusitanicus et d'Avicenne, la *dartre carcinomateuse* d'Astruc, l'*herpes esthiomenos* de Forestus, l'*herpes ulcerosus* d'Amatus Lusitanicus, l'*ulcus exedens* de F. Yoël, le *lupus vorax* de Bonet, le *papula feræ* d'Haffenreffer, l'*herpes ferus, l'herpes depascens, l'herpes serpiginosus, l'herpes malignus*, *l'ulcus sinuosum*, *l'ulcus herpesticum*, le *darta excoriativa*, le *darta maligna*, la *dartre phagédénique*, la *dartre ulcérée*, la *dartre vive* et la *dartre rongeante* de différents auteurs.

On a décrit sous la dénomination de *lupus* une foule de maladies différentes; Paracelse appliquait plus spécialement ce nom aux ulcères rongeants qui se développaient à la partie postérieure des jambes; Sennert lui donnait à peu près la même acception (*lupum verò appellant, si in tibiis et cruribus sit, in reliquiis verò corporis, et si ejusdem sit privatis, lupum absolute nominari non censent*).

Willan et Batteman l'ont confondu avec les affections cancéreuses de la face, ou *noli me tangere.*

Les auteurs modernes ne sont même pas bien d'accord sur ce qu'on doit entendre par *lupus;* après avoir examiné leurs différentes opinions et comparé les définitions qu'ils en donnent, je crois pouvoir définir cette maladie : « Une inflammation chronique de la peau, qui s'annonce quelquefois par des taches d'un rouge violacé, mais le plus ordinairement par des tubercules plus ou moins volumineux, livides, indolents, solitaires ou en groupes, caractérisés surtout par leur tendance à détruire les parties environnantes; soit sous la forme d'altérations profondes de la structure de la peau, sans ulcération préliminaire ou consécutive; soit sous la forme d'ulcères ichoreux, rongeants, de mau-

vaise nature, qui se recouvrent de croûtes brunâtres plus ou moins adhérentes, laissant voir à leur chute des destructions nouvelles.

Les maladies que l'on pourrait confondre avec le lupus, et dont il importe de le distinguer, sont: la couperose, l'éléphantiasis des Grecs, l'impétigo, les affections cancéreuses et syphilitiques.

La rougeur, l'auréole érythémateuse autour des petites indurations circonscrites, succédant toujours à des pustules, ou l'existence de ces pustules elles-mêmes suffisent pour distingueur la couperose des tubercules indolents et livides du lupus.

La teinte fauve de la peau et des tubercules, dans l'éléphantiasis, qui se montrent par de petites tumeurs inégales, et leur accroissement partiel, ne permettent pas de confondre cette maladie avec le lupus avec *hypertrophie.*

Les croûtes de l'impétigo, jaunes, saillantes, rugueuses, peu adhérentes, sont bien distinctes des croûtes brunes, épaisses et très-adhérentes du lupus *exedens.*

Le *noli me tangere* apparaît presque toujours chez des sujets avancés en âge, il se développe par un tubercule solitaire et douloureux; l'ulcération qui lui succède est accompagnée d'une tuméfaction considérable des parties molles, et est exaspérée par les cautérisations : lorsqu'elle attaque le nez, elle envahit non-seulement la peau et les cartilages, mais encore les os qu'elle détruit profondément; enfin les ulcères cancéreux, presque toujours humides et douloureux, ne sont pas recouverts de croûtes sèches. Ces caractères tout à fait opposés à ceux du lupus, ne permettent pas de confondre ces deux maladies.

Les tubercules syphilitiques sont plus nombreux, arrondis, d'un rouge cuivré; ils ne sont le siége d'aucune exfoliation épidermique et tendent bien moins à l'ulcération que ceux du lupus, qui d'ailleurs sont mous, aplatis, accompagnés d'un léger boursouflement de la peau et presque toujours recouverts d'une légère lamelle d'épiderme, sur le point de se détacher. En général, les tubercules syphilitiques sont avantageusement modifiés par les préparations mercurielles, et appa-

raissent chez des individus d'un certain âge, tandis que le lupus se développe chez des enfants ou des jeunes gens, et résiste à un traitement dont le mercure fait la base. Les ulcères vénériens qui succèdent aux tubercules sont profonds, leurs bords sont tuméfiés, d'un rouge cuivré et taillés à pic; ceux du lupus, au contraire, sont d'un rouge obscur et semblent n'occuper que la surface de la peau. Dans le lupus *exedens* du nez, c'est ordinairement la peau qui est attaquée la première; les cartilages et les os ne sont détruits que consécutivement; dans la syphilis, au contraire, ce n'est que lorsque les os ont été frappés de nécrose que la peau se perfore et s'ulcère. Enfin les tubercules et les ulcères syphilitiques sont, dans l'immense majorité des cas, accompagnés de symptômes concomitants, de douleurs ostéocopes, d'exostoses, d'iritis, d'ulcérations dans la bouche, le pharynx ou le voile du palais.

Causes.—Les causes qui peuvent avoir quelque influence sur le développement du lupus peuvent être divisées en externes, ou qui agissent par leur contact sur nos tissus, et en internes, ou qui tiennent à l'organisation.

Causes externes. — On apprend par l'observation que le lupus est plus fréquent chez les individus qui habitent les lieux bas, humides, privés de lumière et des rayons du soleil : on l'observe aussi plus souvent dans les pays froids que dans les pays chauds. Le docteur Plumbe assure qu'en Angleterre cette maladie se manifeste bien plus souvent chez les individus qui font abus de boissons alcooliques ou qui sont habitués aux excès de table; il est probable et je crois, contre l'opinion de quelques auteurs, qu'en France aussi bien qu'en Angleterre l'abus des ingesta doit avoir sa part d'influence sur la production du lupus. On assure que les habitants pauvres de la haute Auvergne, qui se nourrissent presque exclusivement d'aliments âcres, de vieux fromages, de viandes salées et fumées, et qui logent avec leurs bestiaux, en sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus fréquemment affectés que ceux

qui habitent les autres contrées de la France. Cette maladie n'est pas contagieuse, et si elle exerce plus fréquemment ses ravages dans les campagnes que dans les villes, chez les pauvres que chez les riches, c'est à leurs habitations malsaines et à leur mauvaise alimentation qu'il faut, je crois, en attribuer la cause. Le lupus apparaît-il de préférence dans certaines localités dont il ne franchit pas les limites, ou, en d'autres termes, est-il endémique? La dartre endémique, à Alep, dont parle le docteur Hasselquist dans son *Voyage au Levant,* et dont l'histoire a été publiée par Linneus, doit porter à résoudre cette question par l'affirmative, car sa description a la plus grande analogie avec celle du lupus des auteurs modernes. On a vu cette maladie se développer à la suite de coups, de chutes et de la moindre excoriation. La malpropreté permanente peut la produire; aussi la voit-on, dit Alibert, atteindre assez souvent les individus qui sont exposés au contact prolongé de certaines poussières, s'ils n'ont le soin de se garantir de leur influence: ceux qui y sont le plus sujets, d'après le même auteur, sont: les chaudronniers, les corroyeurs, les tanneurs, les batteurs de monnaies, etc. L'application immédiate et volontaire sur la peau de substances irritantes, telles que les fards, l'abus de liqueurs astringentes et en général de la plupart des cosmétiques dont les femmes se servent au déclin de leur âge ou à toute autre époque de la vie, doivent être considérés comme causes de cette affreuse maladie. L'action de tous ces *applicata* se borne évidemment à maintenir la peau dans un état d'irritation permanente, et de là dans des circonstances plus favorables à contracter le lupus.

Causes internes ou *organiques.* — Le lupus ne se montre pas avec une égale fréquence à toutes les époques de la vie. Tous les auteurs s'accordent à dire que les enfants et les adultes en sont presque exclusivement atteints; que c'est surtout de l'âge de seize à vingt-cinq ans, qu'on l'observe plus spécialement et qu'il est extrêmement rare de le contracter après quarante: on l'a vu, chez quelques individus, persister au delà de la puberté, et reparaître, chez d'autres qui en avaient

été attaqués pendant leur enfance. La différence de sexe paraît, selon la plupart des auteurs, n'avoir aucune influence sur la fréquence du lupus; cependant M. Rayer pense que les femmes en sont plus souvent affectées que les hommes. On ne peut pas contester les liens intimes qui unissent cette maladie à la constitution scrofuleuse, car c'est chez les scrofuleux que le lupus se manifeste le plus souvent: toutefois il n'est pas très-rare de le voir survenir chez des sujets robustes, dans la force de l'âge et qui ont toujours joui d'une bonne santé. Alibert pense qu'il prend le plus ordinairement naissance, chez des individus déjà empoisonnés par un vice héréditaire; il dit également que les enfants nés de parents teigneux, cancéreux ou syphilitiques y sont plus exposés que les autres. Enfin, le développement du lupus paraît n'avoir que de très-faibles rapports avec les autres maladies de la peau qui auraient existé antérieurement.

L'influence de ces causes, agissant isolément ou ensemble, est-elle assez puissante pour déterminer l'invasion du lupus? Cette question, dans l'état actuel de la science, n'est soluble que par des hypothèses; cependant je crois qu'il n'est pas irraisonnable de dire que leur action prolongée sur l'organisme produit, par des circonstances inappréciables, des modifications telles sur nos tissus, que ceux-ci deviennent plus aptes à contracter cette maladie plutôt qu'une autre. Le genre d'altération qui constitue cette prédisposition nous est totalement inconnu, car on ne trouve rien, ni dans les fluides, ni dans les solides qui puisse donner une raison satisfaisante d'un semblable phénomène; il faut espérer que, par ses progrès rapides, la chimie organique ne tardera pas à nous éclairer sur quelques points importants d'étiologie médicale.

Siége. — Le lupus semble avoir une tendance particulière à envahir de préférence certaines parties du corps. Le visage est son lieu de prédilection, et des différentes régions de la face, le nez et la lèvre supérieure en sont plus spécialement atteints. Les joues, la lèvre inférieure, sont ensuite les parties qu'il attaque le plus souvent; quelquefois, ce-

pendant, possédant le caractère serpigineux des dartres, il s'étend jusqu'au front qu'il ronge profondément. Dans quelques circonstances, il se manifeste dans la région lombaire, sur la poitrine ou les épaules, aux parties voisines des articulations, à la face externe de l'avant-bras, du dos de la main et du pied. On l'a vu aussi se développer quelquefois au cou, soit à sa partie antérieure, soit à sa partie postérieure. Dans certains cas, la maladie est bornée à une seule partie; dans d'autres, au contraire, elle attaque à la fois ou progressivement, un plus ou moins grand nombre de régions chez le même individu.

Traitement. — Dans le traitement du lupus, se présentent à remplir deux indications principales. La première consiste à chercher à détruire la cause qui peut l'avoir produit, en modifiant, par une médication appropriée, la constitution générale de l'individu; la deuxième à combattre directement la maladie par des applications locales. De là deux espèces de traitement : le traitement *général* et le traitement *local*.

1° Le traitement *général* consiste dans l'emploi méthodique d'agents fournis par l'hygiène et la matière médicale. Lorsque le malade, comme c'est le cas le plus ordinaire, a une constitution vraiment scrofuleuse, c'est contre elle qu'il faut diriger ses premiers moyens : ainsi, l'habitation dans des lieux exposés à un air vif et salubre, l'usage modéré d'aliments de bonne qualité et d'un vin généreux, lorsque des circonstances particulières n'en contre-indiquent pas l'emploi, les exercices actifs ou passifs, en rapport avec la force de l'individu et des distractions variées, sont des modificateurs puissants de la cachexie scrofuleuse. L'emploi de ces moyens doit être sagement combiné avec l'usage de quelques préparations pharmaceutiques : ainsi, on retire des avantages incontestables des substances amères, la décoction de racine de gentiane, l'infusion de petite centaurée et de plusieurs plantes de la famille des crucifères, par exemple. On conseille aussi l'élixir de Peyrilhe, le sirop et le vin antiscorbutiques et surtout les préparations ferrugineuses et iodurées. M. Rayer dit avoir employé avec avantage

une poudre composée de carbonate de fer, de quinquina et de cannelle. Le sulfure de fer a été préconisé par quelques auteurs. Le chlorure de barium était autrefois d'un usage fréquent; mais comme cette substance est d'un emploi difficile et dangereux, elle est aujourd'hui généralement abandonnée et remplacée avec avantage par le chlorure de calcium, dont l'administration ne peut être suivie d'accidents. On en fait dissoudre un gros dans une livre d'eau; on fait prendre d'abord une cuillerée de ce liquide tous les matins; on augmente ensuite la dose d'une cuillerée tous les quatre ou cinq jours, jusqu'à ce que le malade en prenne dix ou douze par jour. Dans d'autres circonstances, en même temps qu'on fait usage d'un traitement local bien dirigé, on fait prendre à l'intérieur l'huile animale de Dippel, à la dose de cinq ou six gouttes d'abord, jusqu'à celle de vingt ou vingt-cinq par jour; la tisane de Feltz, les pilules asiatiques, la solution de Pearson à la dose d'un scrupule jusqu'à un gros, celle de Fowler jusqu'à douze gouttes par jour. Le chlorure d'or à la dose d'un vingtième ou d'un seizième de grain a donné quelques bons résultats. Le biiodure de mercure, à la dose d'un quatorzième, d'un dixième, jusqu'à un cinquième de grain par jour, est, de tous les médicaments employés à l'intérieur, le seul dont M. Rayer ait pu constater une influence appréciable sur la marche du lupus. Les bains sulfureux, administrés tous les jours pendant un ou deux mois, et dans lesquels le malade reste plongé pendant une ou deux heures, ont été employés aussi avec quelques avantages. On doit faire faire au malade un traitement mercuriel, lorsque le lupus est compliqué de syphilis. On a remarqué que la suppression des règles, chez les femmes, coïncide souvent avec l'existence du lupus; la première indication alors est de chercher à rappeler, par les voies naturelles, l'écoulement périodique du sang.

2° Le *traitement local* du lupus doit subir des modifications, suivant la période à laquelle on est appelé pour le combattre.

Lorsque cette maladie est encore à l'état de tubercules sans ulcérations, ou bien que les tubercules existent autour d'une cicatrice, tous

les auteurs conseillent l'emploi des résolutifs : à cet effet, on se sert généralement d'une pommade composée d'un demi-gros de proto-iodure de mercure, ou bien de douze grains de bi-iodure du même métal mêlés avec une once d'axonge. M. Biett a employé l'iodure de soufre avec avantage. Le sous-acétate de plomb liquide, l'alun, les carbonates de potasse et de soude, l'eau de chaux et l'eau artificielle de Barèges ont été aussi mis en usage dans cette période de la maladie.

Lorsqu'il existe des ulcérations plus ou moins étendues en surface ou en profondeur, il faut recourir à un traitement plus énergique pour arrêter les progrès du mal; c'est surtout dans ce cas, et souvent en vain, que l'on a, pour ainsi dire, épuisé la longue série des médicaments appartenant à la classe des caustiques. Ceux qui sont le plus généralement employés sont : l'huile animale de Dippel, l'azotate d'argent, l'hydrate de protoxyde de potassium (potasse caustique), le proto-chlorure d'antimoine, la poudre de Dupuytren, la poudre arsénicale du frère Côme, l'azotate de mercure liquide et le cautère actuel.

Quel que soit le caustique que l'on ait choisi, il est certaines indications que l'on doit toujours suivre; je crois qu'il est important de les signaler avant de passer à l'application de chacun de ces médicaments en particulier.

Ainsi, 1° Lorsque l'ulcération a beaucoup d'étendue, on doit toujours commencer la cautérisation par un point limité, et attaquer successivement le reste de la surface malade. 2° Si l'ulcération est humide et nettoyée, on doit appliquer immédiatement le caustique. 3° Enfin, il arrive quelquefois que les points que l'on veut cautériser sont le siége de tubercules indolents, présentant des plaques violacées, sèches et plus ou moins tuméfiées; il convient alors de dépouiller ces surfaces par l'application d'un vésicatoire.

L'*huile animale de Dippel* paraît agir moins comme caustique que comme corps irritant qui modifie les tissus d'une manière spéciale. On l'a employée avantageusement; elle convient surtout dans le cas où le lupus siége au nez et que cet organe présente un gonflement

chronique, indolent, avec une coloration violacée, surmontée d'une exfoliation épidermique : on promène légèrement et à plusieurs reprises, sur la partie ulcérée, un pinceau imbibé de cette substance. M. Biett dit qu'on en obtient souvent une amélioration notable, mais rarement une guérison complète.

L'emploi de l'azotate d'argent, de la potasse et du proto-chlorure d'antimoine a été suivi de résultats variables; mais tous les praticiens s'accordent à dire que ces caustiques sont moins avantageux que les suivant.

La *poudre de Dupuytren* (proto-chlorure de mercure, 99 parties, acide arsénieux, 1 partie) est un caustique assez généralement employé, et dont les avantages ne sont contestés par personne. Cette poudre, qui, suivant le célèbre professeur dont elle porte le nom, agit plutôt comme spécifique que comme caustique, convient surtout dans les lupus peu étendus, chez les enfants, les femmes et les individus irritables; on en saupoudre la surface de la plaie, de manière à la couvrir d'une couche de l'épaisseur d'un millimètre au plus, dans l'étendue seulement de deux pouces de diamètre ; si l'on craint qu'elle n'adhère pas assez fortement aux parties, et qu'elle ne soit enlevée ou entraînée, on peut la délayer avec une solution gommeuse, où l'associer à quelque corps gras, tels que le cérat, l'onguent rosat, etc. Dans ce cas, il faut augmenter d'un ou deux centièmes la proportion d'acide arsénieux. Il est rare que cette poudre détermine de la douleur et du gonflement érysipélateux autour des parties sur lesquelles on l'applique: quelquefois elle forme une incrustation très-adhérente, dont il faut déterminer la chute par l'application de cataplasmes ou de fomentations émollientes.

La *poudre arsénicale du frère Côme* est encore un moyen plus précieux et plus actif, mais qui doit être manié avec beaucoup de prudence. Elle convient dans les ulcérations anciennes et rebelles, dont les ravages n'ont pu être bornés par des applications moins énergiques. C'est à elle qu'il faut, de prime abord, recourir dans le lupus exedens des joues. Pour l'appliquer, on en délaye une petite quantité sur

un morceau de faïence ou de verre, et, à l'aide d'une spatule, on étend cette pâte liquide sur une surface qui ne doit pas dépasser dix lignes de diamètre. L'application de ce caustique est presque toujours suivie d'un érysipèle qu'il faut abandonner à lui-même lorsqu'il est léger, car il détermine presque constamment une crise favorable sur la marche de la maladie; mais, lorsque le visage est fortement tuméfié, et que la tuméfaction est accompagnée d'une violente céphalalgie et de symptômes fébriles, il faut recourir à la saignée générale, aux applications de sangsues derrière les oreilles, aux pédiluves irritants, à la diète et aux lavements émollients ou laxatifs : le visage revient bientôt à son état primitif, et il ne reste plus, de l'application du caustique, qu'une croûte noirâtre, fort épaisse, et qui persiste souvent longtemps.

Enfin, l'*azotate mercuriel liquide* est, de tous ces caustiques, celui dont on fait le plus fréquent usage dans le traitement du lupus. M. Biett en a obtenu de très-beaux résultats. Ce liquide présente un avantage sur toutes les autres préparations dont j'ai parlé; c'est qu'il peut être appliqué sur toutes les variétés, à toutes les périodes de la maladie et même sur les cicatrices restées bleuâtres et mollasses, qui semblent menacer de se rouvrir. On promène sur les surfaces malades, dans l'étendue de douze à quinze lignes, un pinceau de charpie trempé dans ce sel acide, et on applique de la charpie râpée sur les parties qui ont été cautérisées. Les surfaces touchées deviennent blanches aussitôt; mais, peu à peu, il se forme une croûte jaunâtre plus adhérente, qui se détache du huitième au quinzième jour. L'application de ce caustique, comme celle de la pâte arsénicale, détermine fréquemment un érysipèle; mais, en général, cet accident a moins d'intensité, et une durée moins longue. L'application de l'azotate de mercure est très-douloureuse; mais ses effets ne sont qu'instantanés.

Quant à la cautérisation par le fer rouge, elle est généralement abandonnée. Dans le lupus exedens du nez, le plus souvent, au lieu de produire quelque avantage, elle ne fait qu'aggraver la maladie; on pourrait tout au plus l'employer dans le lupus des joues.

Outre les médicaments nombreux que je viens de signaler, les praticiens ont encore conseillé l'emploi des cataplasmes faits avec les feuilles du *solanum nigrum* (morelle), celles de l'*hyoseyamus niger* (jusquiame), l'onguent de styrax, le goudron associé au sulfate de quinine et un corps gras, l'acide chlorhydrique, le chlorure de sodium en dissolution dans l'eau, etc. On ne se sert plus aujourd'hui de toutes ces substances dans le traitement du lupus.

Quel que soit le caustique employé, lorsque les croûtes se détachent, elles laissent au-dessous d'elles un ulcère de bonne nature, qui souvent ne tarde pas à se cicatriser; mais il est bien rare qu'une seule cautérisation soit suffisante: on est obligé d'y revenir quelquefois pendant des années entières, lorsque surtout les surfaces ulcérées présentent une grande étendue, et ce n'est alors qu'à force de persévérance et de patience de la part du médecin et du malade, que la cicatrisation peut avoir lieu.

Pendant que la cicatrisation s'opère, il faut en surveiller la marche pour empêcher, autant que possible, la difformité des cicatrices et l'oeclusion des narines, dans le lupus ulcéré du nez. Pour obtenir ce dernier résultat, il convient d'introduire et de maintenir alternativement, dans l'une et l'autre narine, des cylindres d'éponge préparée; l'usage doit en être continué pendant longtemps, car il ne faut jamais oublier que la tendance que ces ouvertures ont à s'effacer n'existe pas seulement pendant l'époque de l'ulcération, mais encore longtemps après la formation de cicatrices solides. Si par l'indocilité ou la négligence du malade, les narines venaient à s'oblitérer, il faudrait rétablir ces ouvertures par un caustique, ou l'instrument tranchant et l'éponge préparée.

Tels sont les genres de médications que l'on oppose le plus souvent au lupus; mais, comme le dit Alibert, « le traitement de cette maladie, ainsi que de beaucoup d'autres, est encore sous la dépendance d'un aveugle empirisme, car il arrive très-souvent que tel remède qui est repoussé par la théorie est recherché par la pratique, et tel aussi qui aura triomphé la veille échouera le lendemain. »

Je ne saurais abandonner cette partie importante de ma dernière question, sans dire un mot de l'emploi des émissions sanguines, dans le traitement du lupus. Paracelse faisait un précepte de saigner pour guérir cette maladie ; cette pratique est aujourd'hui totalement oubliée, car les auteurs modernes n'en font même pas mention dans leurs ouvrages. Cependant je crois que, dans quelques circonstances, une saignée générale ou locale peut modifier avantageusement la marche du lupus, et le mener rapidement à une terminaison heureuse, comme le démontrent les deux observations que je vais rapporter succinctement.

1° « Une femme âgée de trente-deux ans, d'une constitution scrofuleuse, entra à la Maison de santé à Lille, pour y être traitée d'une ulcération siégeant à la partie moyenne et externe de l'avant-bras; cette ulcération présentait tous les caractères du lupus non exedens, que je décrirai en parlant des variétés. Malgré l'emploi méthodique d'un traitement caustique et astringent, le mal fit de si rapides progrès, que dans peu de jours tout l'avant-bras ne présentait qu'une large ulcération. D'après l'avis de M. le docteur Latour, chirurgien en chef de l'hôpital, je pratiquai à la malade une forte saignée du bras affecté, et, dès ce moment, les progrès du lupus furent non-seulement arrêtés, mais encore nous avons obtenu, dans l'espace de quinze jours environ, une cicatrisation complète, à l'aide de simples fomentations émollientes. »

2° « Une fille âgée de vingt-un ans, d'une constitution scrofuleuse, entra au même hôpital, avec une ulcération siégeant à la lèvre supérieure, au-dessous de l'aile du nez, du côté droit ; cette ulcération était entourée de petits tubercules mous, aplatis, indolents, et recouverts d'une croûte brune, épaisse, et très-adhérente. Un cataplasme fut appliqué pour détacher la croûte ; l'usage des caustiques semblait favoriser l'ulcération des bords tuberculeux de la plaie. M. Latour prescrivit un vésicatoire à la nuque et quinze sangsues sur la surface ulcérée. Le lendemain, l'aspect de la plaie était de meilleure nature ; nouvelle application de sangsues. Dès ce moment, la maladie

marcha rapidement vers la guérison, et une cicatrisation complète ne se fit pas attendre par le seul emploi des émollients. »

Ces deux faits ne sont certainement pas suffisants pour conclure à l'efficacité d'un traitement antiphlogistique contre le lupus, mais ils démontrent, au moins, qu'il pourra dans quelques cas modifier très-avantageusement la marche et la terminaison de cette maladie.

Variétés. — Le lupus présente des différences, non-seulement suivant son siége, la rapidité de sa marche, et l'étendue de la destruction qu'il produit, mais encore suivant le mode même de cette destruction et la forme que revêtent les ulcérations. Ainsi, tantôt il étend ses ravages en surface, tantôt il envahit successivement les parties sous-jacentes; d'autres fois enfin, il est accompagné d'une véritable hypertrophie de la peau ; aussi M. Biett le distingue-t-il en trois variétés principales : 1° lupus qui détruit en surface; 2° lupus qui détruit en profondeur; 3° lupus avec hypertrophie. Alibert et M. Rayer admettent seulement les deux premières, et font rentrer la troisième dans l'une de celles-ci. La classification de M. Biett me paraissant préférable aux autres, sous le rapport pratique, je vais décrire les trois variétés admises par cet auteur.

I. *Lupus qui détruit en surface de* M. Biett. *Esthiomène ambulant ou serpigineux d'*Alibert. *Lupus non exedens serpiginosus de* M. Rayer.

Cette variété peut envahir des surfaces plus ou moins larges, tantôt elle semble n'affecter que les couches les plus superficielles du derme; il ne se forme pas de croûtes, mais la peau rougit, s'exfolie, s'amincit graduellement; elle devient lisse, luisante, et ressemble à une cicatrice formée à la suite d'une brûlure légère. La rougeur disparaît sous la pression du doigt; le malade n'éprouve pas de douleur, mais le toucher en développe, et la partie altérée devient quelquefois sensible après un exercice violent, un excès de boissons alcooliques, ou tout autre écart de régime. Lorsque la maladie cesse de faire des progrès,

la peau reste mince et luisante ; elle est lisse au toucher et paraît avoir perdu de son épaisseur.

Le plus souvent, le lupus qui détruit en surface se présente sous la forme de petits tubercules mous, d'un rouge obscur, qui, après avoir resté stationnaires pendant un temps plus ou moins long, se développent et se multiplient tout à coup. La peau devient le siége d'un gonflement œdémateux dans l'intervalle qui sépare les tubercules; leurs bases se confondent, leurs sommets s'ulcèrent, et bientôt on n'observe plus qu'une large plaie, irrégulière et de mauvaise nature, qui se recouvre d'une croûte noirâtre fort adhérente. L'ulcération s'étend aux parties voisines, et quelquefois il s'établit, au point de départ, des cicatrices blanches, irrégulières, comme bridées, semblables à celles qui sont le résultat de larges brûlures. Quelquefois pendant que le lupus s'étend aux parties saines, les cicatrices anciennes se rouvrent, car elles viennent se rendre presque toujours à des tubercules qui semblent leur fournir un point d'attache. C'est toujours par la formation de nouveaux tubercules, à la circonférence des surfaces malades et par leur ulcération successive, que le lupus s'étend et fait de nouveaux progrès.

Le nez, qui est rarement le siége de cette variété du lupus, n'est pas toujours à l'abri de ses ravages. Lorsque les croûtes sont enlevées et que l'on fait usage d'un traitement convenable, il ne s'en forme souvent pas de nouvelles. Quelquefois l'ulcération présente à son centre des tubercules rouges et blafards; d'autres fois elle offre un meilleur aspect, se couvre de petites desquamations minces, comme épidermiques, et bientôt apparaît une cicatrice blanche, solide, dans plusieurs points. Lorsque les ravages ont été très-étendus, la face présente un aspect remarquable : elle est recouverte de cicatrices irrégulières, d'un blanc quelquefois rosé, tendues, luisantes, épaisses dans quelques points, et tellement minces dans d'autres, qu'elles paraissent transparentes et sur le point de se rompre. Ces caractères s'observent surtout sur les régions qui ont été envahies plusieurs fois et dont les cicatrices ont été détruites par de nouvelles ulcérations. La face est le siége le

plus ordinaire de cette variété, et c'est surtout les joues qu'elle attaque de préférence; cependant, elle peut occuper de larges surfaces sur la poitrine et sur les membres, comme dans le premier cas que j'ai rapporté.

II. *Lupus qui détruit en profondeur* de M. Biett; *esthiomène térébrant* d'Alibert; *lupus exedens* de M. Rayer, vulgairement appelé *dartre rongeante.*

Cette variété se développe le plus ordinairement aux ailes du nez ou à son extrémité. De la rougeur et du gonflement de cette partie, avec coryza, précèdent souvent son apparition : une ulcération légère ne tarde pas à se manifester; elle se recouvre d'une croûte; si on l'arrache, elle est presque aussitôt remplacée par une autre plus épaisse, et, chaque fois qu'on l'enlève, elle entraîne avec elle une véritable perte de substance, peu appréciable d'abord, mais qui ne tarde pas à devenir très-sensible. Lorsque le mal occupe l'une des ailes du nez, la rougeur et le gonflement s'étendent bientôt à l'extrémité et à l'aile du côté opposé; l'ulcération suit la même marche; toutes ces parties se recouvrent d'une croûte qui augmente graduellement en épaisseur, et le malade souffre peu, ou à peine. Les cartilages et les os se détruisent quelquefois sous la croûte; et, si on la fait tomber, on trouve au-dessous une ulcération d'un mauvais caractère, d'où s'écoule un liquide séro-purulent extrêmement fétide.

Quelquefois il n'existe ni coriza, ni tuméfaction; un seul point tuberculeux, mou, lisse, rouge; se développe et s'ulcère plus ou moins rapidement; l'étendue de la partie détruite est très-variable; quelquefois le nez a disparu presque entièrement; d'autres fois l'extrémité seule a été rongée. Mais la maladie ne borne pas toujours là ses ravages; des tubercules nouveaux se développent sur les cicatrices, de nouvelles ulcérations leur succèdent, et alors les parties qui d'abord avaient échappé à la désorganisation, attaquées à leur tour, sont entièrement

détruites. Le nez peut disparaître complétement, de même que la cloison, et il n'existe plus alors qu'une large ouverture conduisant dans les fosses nasales. On trouve aussi souvent le nez rongé à sa superficie, d'une manière égale et régulière, en sorte qu'alors, à la place d'un nez ordinaire, on en trouve un effilé, pointu, dont les narines tendent constamment à se fermer. Dans d'autres cas, le nez ne se trouve point ainsi rapetissé : on dirait qu'une partie a été enlevée par un instrument tranchant. La durée du mal n'est pas toujours en rapport avec la destruction produite ; quelquefois, après plusieurs années, une petite portion du nez a seulement disparu ; dans d'autres cas, heureusement plus rares, il est presque totalement rongé dans quinze ou vingt jours.

Dans presque tous les cas de lupus exedens du nez, la membrane muqueuse des fosses nasales est chroniquement enflammée ; et même, dans quelques circonstances indépendantes de syphilis, toute la cloison peut être détruite avant que le nez soit rongé au dehors. On a vu quelquefois la destruction commencer par la peau, s'étendre à la pituitaire, parcourir le plancher des fosses nasales, se propager, en revenant, sur la muqueuse de la voûte palatine, qu'elle désorganise, et même jusqu'aux gencives, qu'elle sillonne profondément.

Quelquefois le nez est seul affecté, mais le plus souvent cette variété de lupus envahit la face et y détermine des ravages effrayants.

Lorsque les tubercules du lupus exedens se développent aux commissures des lèvres, on observe des croûtes très-épaisses cacher de larges ulcérations; la bouche ne s'ouvre qu'avec difficulté, la maladie envahit une partie plus ou moins considérable des lèvres, les croûtes tombent, les surfaces enflammées adhèrent ensemble, se cicatrisent, et l'ouverture de la bouche peut être considérablement rétrécie.

Il arrive quelquefois qu'un ou plusieurs tubercules se développent à la paupière inférieure, se terminent par ulcération et la destruction de ce voile mobile; la peau de la joue se continue alors avec la conjonction oculaire. Cet état constitue une maladie, non-seulement hideuse, mais même grave; car, sans parler de l'*épiphora*, qu'il est impossible d'éviter, l'œil manquant d'un de ses organes protecteurs, devient le siége d'une

inflammation chronique; la conjonctive s'épaissit, la cornée devient opaque, et, plus tard, la cécité devient complète. Si la paupière n'est pas détruite, l'ulcère la renverse en se cicatrisant, les yeux semblent avoir le double de leur volume naturel, ce qui, joint à la rougeur intense de la conjonctive palpébrale, imprime un aspect répoussant à la physionomie.

III. *Lupus avec hypertrophie.*

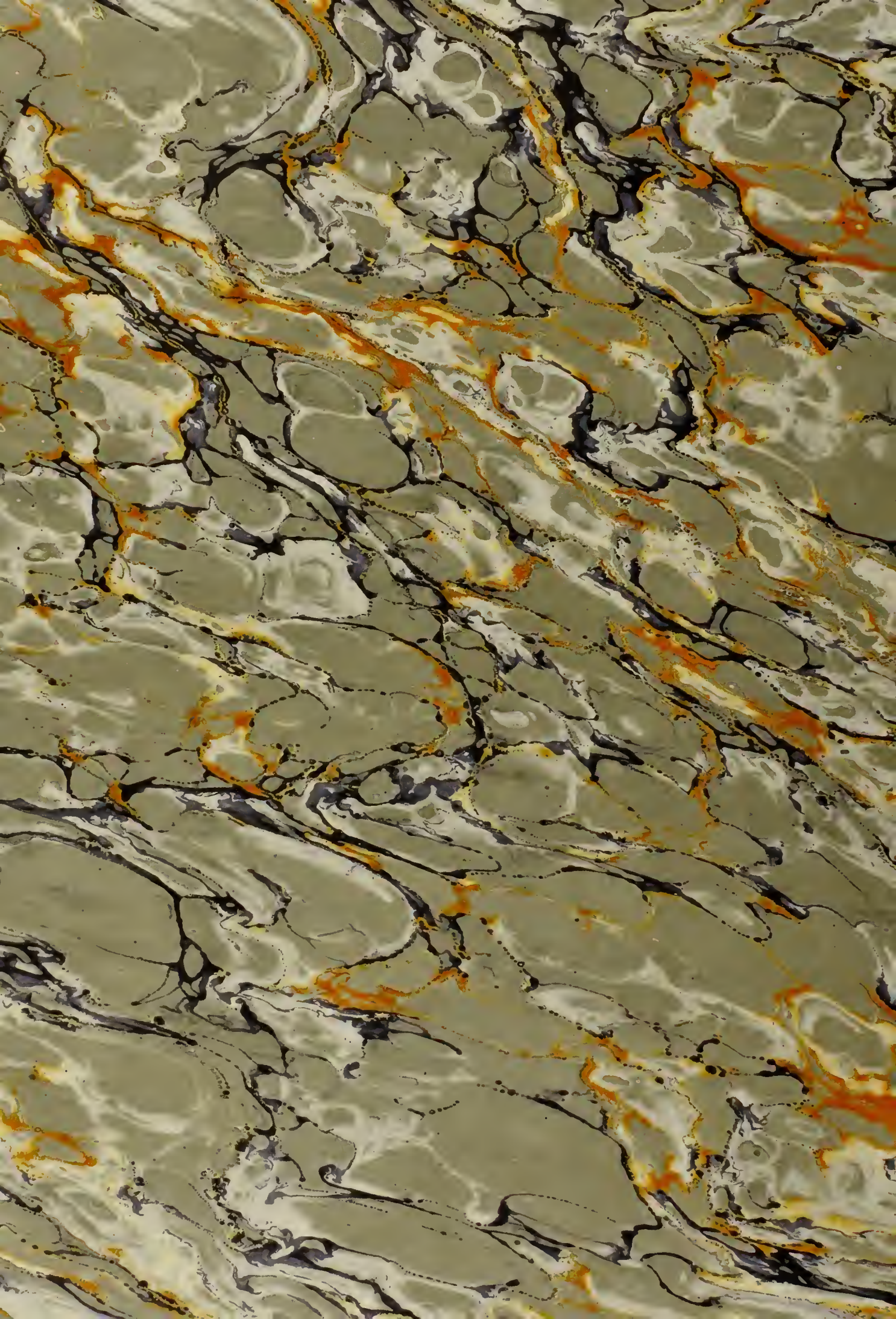
Cette troisième et dernière variété du lupus présente des phénomènes remarquables; elle se manifeste par des tubercules peu saillants, mous, indolents, nombreux, occupant des surfaces très-étendues, ne s'ulcérant que très-rarement à leur sommet. Leur base s'élargit peu à peu, la peau et le tissu cellulaire sous-jacent deviennent le siége d'un engorgement indolent, et les surfaces malades présentent une sorte de bouffissure tout à fait singulière. Bientôt la face est parsemée de points rougeâtres formés par des tubercules qui, par suite de la tuméfaction des parties, se trouvent au niveau de la peau. On observe çà et là, au milieu d'eux, des points blanchâtres formés par de véritables cicatrices, à la place de tubercules anciens : ces cicatrices succèdent à des tumeurs circonscrites, sans avoir présenté préalablement ni croûtes, ni ulcérations. Il semble que toutes les couches de la peau, hypertrophiées, soient poussées progressivement en dehors, et détruites peu à peu par des desquamations successives. Cette variété siége presque exclusivement à la face, et plus spécialement aux joues.

Le visage peut acquérir un volume vraiment prodigieux : les joues, molles et flasques, deviennent énormes, faciles à déprimer, conservent plus ou moins l'impression du doigt, et offrent un aspect analogue à celui de l'éléphantiasis des Grecs, développé sur les mêmes parties.

Le front et les paupières sont tuméfiés, et les yeux, comme perdus au fond de l'orbite, sont presque entièrement couverts par ces masses hypertrophiées. Les lèvres boursouflées forment deux bourrelets considérables, qui laissent à découvert la muqueuse renversée en dehors,

par suite d'une distension forcée; quelquefois aussi les oreilles participent à cette tuméfaction générale. Ces tubercules deviennent rarement le siége d'ulcérations, ou, s'il en survient, elles sont légères et se recouvrent de croûtes peu épaisses et très-adhérentes. Leurs surfaces sont ordinairement sèches et présentent une légère exfoliation.

La durée de cette maladie est très-variable. Lorsque, par un traitement bien dirigé, les parties tendent à revenir à leur état normal, la vitalité des tissus malades augmente, la tuméfaction diminue peu à peu, les tubercules se résolvent, la circulation devient de plus en plus active dans la peau qui, de moins en moins hypertrophiée, se rapproche graduellement de son état naturel, état qu'elle n'atteint jamais complétement.

Le lupus *avec hypertrophie* se montre quelquefois avec des ulcérations qui se recouvrent de petites tumeurs rouges, molles, comme fongueuses, proéminentes, et dont les saillies irrégulières impriment au visage un aspect hideux et repoussant.

Toutes ces variétés peuvent exister simultanément chez le même individu, et il arrive souvent que celui qui détruit en étendue siége à une partie de la face, tandis que le nez est corrodé par celui qui détruit en profondeur, ou bien encore pendant que l'autre joue est dévorée par le lupus avec hypertrophie; on observe même des cas dans lesquels cette affreuse maladie étend ses ravages en surface, en même temps qu'elle est accompagnée d'une véritable hypertrophie, et c'est surtout dans cette circonstance que l'on voit des individus qui en sont atteints défigurés et privés des traits les plus importants dont se compose la physionomie humaine.